FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 94

DU TRAITEMENT

DES

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

PAR LA MÉTHODE DE RÉCAMIER

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JUILLET 1888

PAR

Émile-Théodore-François-Camille-Eutrope CHARRIER

Né à Plassay (Charente-Inférieure), le 25 décembre 1848.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ORÉ,	professeur,	*président.*
DUPUY,	professeur,	*juges.*
RONDOT,	agrégé,	
POUSSON,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1888

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 94

DU TRAITEMENT

DES

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

PAR LA MÉTHODE DE RÉCAMIER

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JUILLET 1888

PAR

Émile-Théodore-François-Camille-Eutrope CHARRIER

Né à Plassay (Charente-Inférieure), le 25 décembre 1848.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ORÉ,	professeur,	*président.*
DUPUY,	professeur,	*juges.*
RONDOT,	agrégé,	
POUSSON,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	De FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. {MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes.... MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants. PIÉCHAUD | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR ORÉ

Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine, Chevalier de la Légion d'honneur.
Officier de l'Instruction publique.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIÉCHAUD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

de l'Ecole de Médecine de Bordeaux.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0104

INTRODUCTION

Depuis 1825, jusqu'à nos jours, le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie a subi bien des changements. Jusqu'à il y a quelques années à peine, les chirurgiens n'avaient guère employé que la ponction et la méthode de Récamier plus ou moins modifiée ; mais dès que le péritoine ne fut plus, grâce à la chirurgie antiseptique, une barrière infranchissable, de nouveaux traitements furent conseillés, et l'on fit pour le foie ce que l'on faisait depuis longtemps déjà pour l'ovaire. Dès lors un mouvement d'abord lent, puis plus rapide se fit en faveur de la laparatomie dirigée contre les kystes du foie, mouvement qui, parti de l'étranger, gagna bientôt la France, si bien que depuis deux ans, les bulletins de la société de chirurgie et les diverses revues sont pleines de faits qui montrent bien la faveur dont jouit cette opération parmi les chirurgiens parisiens. — La méthode de Récamier fut dès lors reléguée au second plan ; elle avait vieilli, et on ne songea même pas à la rajeunir, en la complétant par l'emploi rigoureux de l'antiseptie ; tous les chirurgiens cependant sont loin d'avoir abandonné cette méthode qui a un passé fort honorable, et un avenir plein d'espérances. — C'est encouragé par leur exemple que nous avons entrepris ce travail, espérant montrer les avantages que procure le procédé de Récamier et sa facilité d'exécution qui en fait une opération simple, à la portée de tous.

Dans cette intention nous avons d'abord rappelé quelques détails anatomiques, insistant surtout sur le rapport des kystes avec la

paroi ou les organes voisins, faisant ainsi dès le début prévoir à quel genre de kyste nous appliquerons le procédé de Récamier.

Après un historique rapide des divers traitements proposés, nous nous sommes arrêté longuement sur l'exposé de la méthode, le faisant suivre de quelques considérations importantes sur la formation des adhérences péritonéales au niveau des kystes traités par le procédé des caustiques. Nous comparons ensuite rapidement les résultats fournis par les diverses méthodes, et nous montrons les trois qualités qui font pour nous de l'opération de Récamier une opération de choix : *efficacité, bénignité, simplicité.* Après avoir indiqué les cas où on devra l'employer, nous rapportons quelques observations, et nous établissons les règles que le chirurgien devra suivre pour appliquer avec succès la méthode que nous préconisons.

En terminant nous devons remercier M. le professeur Oré, de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre travail inaugural, et M. le professeur agrégé Piéchaud, qui a bien voulu mettre à notre disposition une très-intéressante observation.

DU TRAITEMENT

DES

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

PAR LA MÉTHODE DE RÉCAMIER

CHAPITRE PREMIER

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

L'histoire vraiment scientifique de l'anatomie pathologique des kystes hydatiques du foie ne remonte que jusqu'en 1760, époque à laquelle Pallas découvrit les rapports de ces kystes avec les tœnias. Avant lui, les anciens auteurs, et plus tard Rivière et Ramet (XVI[e] et XVII[e] siècles) les avaient considérés comme des productions aqueuses. Après Gœze (1782) et G. Bremser (1819), Davaine (1) donna sur ce sujet un traité complet, où se trouvent exposés les détails anatomiques et les signes cliniques avec tout le soin susceptible de s'y rencontrer. Depuis Davaine, l'anatomie de ces kystes n'a guère été complétée; mais en revanche, le trai-

(1) Davaine. *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*. Paris, 1860.

tement a subi de nombreuses modifications sur lesquelles nous aurons à revenir tout au long, dans un des chapitres qui suivent.

Nous n'avons nullement l'intention de décrire ici complètement l'anatomie de l'histoire pathologique du foie kystique; ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé, et nous n'en retirerions aucune indication pour le choix d'un traitement. Nous nous contenterons simplement de faire, pour ainsi dire, l'anatomie topographique des kystes hydatiques du foie; nous verrons les rapports qu'ils peuvent affecter avec le foie lui-même ou la paroi abdominale. C'est en nous appuyant sur ces données anatomiques que nous essaierons de préciser les cas où la vieille méthode de Récamier pourra, et selon nous, devra être employée par la grande majorité des chirurgiens peu familiers avec les grandes opérations qui se pratiquent sur l'abdomen et qui semblent ne pouvoir pas, de longtemps encore, passer dans la pratique courante de la plupart des chirurgiens praticiens.

Le kyste hydatique est ordinairement marqué, solitaire; rarement il en existe plusieurs. On le rencontre dans toutes les parties du foie, dans le lobe droit, dans le lobe gauche, à la partie convexe comme à la partie concave, dans sa profondeur comme à sa surface ou à ses bords.

Extérieurement, il se compose d'une enveloppe fibreuse, résistante, blanchâtre, intimement unie au parenchyme hépatique que lui fournit des réseaux vasculaires. A l'extrémité, cette membrane contient une poche molle, formée de plusieurs couches hyalines, analogues à du blanc d'œuf coagulé; c'est la vésicule-mère de l'échinocoque. Cette vésicule contient un liquide clair, transparent, limpide, dans lequel flottent un grand nombre de petites vésicules adhérentes ou non à la surface interne de la vésicule-mère. A la face interne des vésicules et dans leur liquide flottent de petits corps arrondis, à structure compliquée (scolex de l'échinocoque).

Au voisinage du kyste, le tissu hépatique est comprimé, distendu, atrophié, quelquefois suppuré. Ses canaux biliaires et les vaisseaux sont rarement atteints; quelquefois, cependant, les canaux biliaires ouverts se vident dans le kyste; le même fait peut se produire pour les vaisseaux sanguins. Si la poche est épaisse, les échinocoques continuant à se produire, trouvent une résistance invincible, et bientôt déterminent dans le kyste une pression incompatible avec leur vie; c'est là un des modes de terminaison heureuse de l'affection qui nous occupe. Souvent, dans ces cas, on trouve des parois kystiques très épaisses, simplement fibreuses ou mêmes cartilagineuses ou osseuses.

Dans les cas les plus nombreux, le kyste ne guérit pas spontanément; c'est là une notion bien acquise, démontrée par de nombreuses statistiques que nous croyons inutile de reproduire, tous les auteurs étant aujourd'hui unanimes à admettre la nécessité d'un traitement actif de ces kystes.

Abandonnées à elles-mêmes, ces tumeurs en effet, refoulent en haut le diaphragme, en bas le paquet intestinal, à gauche l'estomac, la rate; elles peuvent descendre jusqu'au pubis et remonter jusqu'à la deuxième côte (Cas de Prerichs).

Au bout d'un temps variable les kystes finissent par s'ouvrir dans les organes comprimés : plèvre, poumons, estomac, intestin, veine cave, etc. Il est à remarquer qu'ils s'ouvrent rarement à travers la paroi abdominale (Cas de Thompson, 1844).

Dans ces cas, la destinée des malades est variable; le plus souvent ils succombent à des accidents de septicémie.

Telle est en quelques mots l'anatomie des kystes à échinocoques du foie. Il nous reste maintenant à voir quels rapports ils affectent avec le foie, ou la paroi abdominale et à rechercher quels sont les cas où ils pourront devenir justiciables de la méthode de Récamier.

Le foie occupe tout l'hypocondre droit, qu'il remplit complètement, et s'avance dans la région épigastrique.

Inférieurement, le diaphragme auquel il est comme suspendu par des replis péritoniaux, se moule sur sa face convexe, et ces deux organes, pendant le mouvement respiratoire, ne se quittent jamais. Il résulte de là que ses rapports avec les parties qui l'avoisinent subissent des variations légères à l'état physiologique. Cependant le plus souvent le bord inférieur du foie ne dépasse pas les fausses côtes dans la position horizontale et dans les inspirations ou expirations prolongées. Le bord supérieur n'est séparé de la face inférieure du poumon que par le diaphragme. Le lobe gauche vient se montrer dans la région épigastrique, immédiatement en rapport avec la face postérieure de la paroi abdominale (ceci sur une petite étendue, il est vrai). Or, c'est aussi ce lobe gauche qui est le plus souvent le siège des kystes hydatiques. Il semblerait au premier abord que le foie normal ou peu augmenté de volume ne pourrait être attaqué que par sa face inférieure par tout chirurgien désireux à juste titre d'éviter l'ouverture de la plèvre. Or, il n'en est pas ainsi, comme cela résulte des recherches importantes de M. Gross, d'Alger (1).

Par des recherches faites sur 7 malades atteints de kystes hydatiques du foie, ce chirurgien a cherché à préciser les points qui permettent de pénétrer à travers la paroi thoracique dans la cavité abdominale sans traverser la plèvre, ni léser le poumon.

Il a déterminé une zone ayant pour base une ligne s'étendant de l'extrémité antérieure de l'apophyse costiforme de la première vertèbre lombaire à 2 centimètres de la deuxième dorsale, et dont le sommet était formé par l'extrémité antérieure du septième espace intercostal. Cette zone va en s'élargissant de haut en bas et d'avant en arrière, elle permet d'atteindre un kyste du foie en ne traversant que les attaches musculaires du diaphragme dans les septième et huitième espaces intercostaux, ou les fibres com-

(1) Gross : *Revue de chirurgie*, 1881.

munes du diaphragme et des transverses de l'abdomen dans les neuvième, dixième et onzième espaces.

Cette zone, étroite en haut, est très large inférieurement ; elle a une étendue transversale de six centimètres dans le neuvième espace, et de dix centimètres dans le dixième espace intercostal.

En percutant l'hypocondre aux deux temps de la respiration, Gross a constaté les déplacements considérables du poumon dans la cage thoracique pendant les mouvements étendus.

En percutant sur la ligne axillaire, à la fin d'une longue inspiration, la sonorité existe jusqu'au dixième espace intercostal ; par contre, à la fin d'une longue expiration, il y a matité hépatique remontant jusqu'au septième ou sixième espace.

En percutant sur la ligne mamelonnaire, dans le sixième espace, on trouve de la sonorité dans l'inspiration, de la matité hépatique dans l'expiration.

D'après des recherches souvent répétées, Gross conclut qu'il y aurait indication, pour ne pas blesser le poumon, à ne ponctionner dans le sixième espace qu'à la fin d'une longue inspiration.

Avec M. Toussaint (1) nous pourrons dire, comme conclusions pratiques :

« 1° Si la fluctuation existe dans un des points de la zone indiquée, c'est ce point que l'on devra choisir pour ponctionner, à l'exclusion des points situés en dehors de cette zone, alors même que la fluctuation y serait également perçue.

» 2° Dans les cas où la fluctuation n'existera que dans la partie de la paroi qui recouvre la plèvre, on devra, pour éviter la lésion du poumon, tenir compte du mouvement d'ascension de l'organe dans les deux temps de la respiration, et ne plonger l'aiguille dans le thorax qu'après avoir fait faire au malade une expiration profonde et prolongée ».

---

(1) Toussaint, thèse de Nancy, 1886, n° 241.

Ces conclusions de M. Toussaint peuvent être appliquées, au moins pour la première partie du traitement par les caustiques. Nous reviendrons d'ailleurs sur ces recherches, dont il n'est pas besoin de faire ressortir l'importance capitale.

Ces considérations s'appliquent aux kystes peu développés, d'ailleurs d'un diagnostic difficile, qui faisant saillie à la surface antérieure du foie ne descendent pas plus bas que le rebord costal inférieur. Or, c'est là une disposition rare, et pour laquelle le chirurgien n'aura pas souvent à intervenir.

Les kystes hydatiques en effet, nous l'avons vu, peuvent occuper tous les points du foie ; à cet égard, avec M. Paulet (1) nous établirons cinq groupes :

1° Les kystes de la face inférieure du foie, plus ou moins pédiculés et qui se portent de préférence vers les parties inférieures de l'abdomen.

2° Les kystes intra-hépatiques voisins de la face antérieure et du lobe gauche de l'organe ;

3° Les kystes intra-hépatiques centraux ;

4° Les kystes postéro-supérieurs ;

5° Enfin, les kystes qui communiquent avec les plèvres ou les bronches, kystes compliqués.

Les plus connus appartiennent à la seconde et à la troisième variétés.

Cette division a le grand avantage d'être en parfait accord avec les constatations anatomiques, et de jeter dès maintenant un certain jour sur la question qui nous occupe. A savoir : « Quels sont les kystes hydatiques que l'on peut traiter par la méthode de Récamier? » Il est bien évident, en effet, que les kystes de la 5e catégorie exigent un traitement beaucoup plus large et plus rapide ; la rupture du kyste dans la plèvre et dans les bronches crée, en

(1) Paulet, *Revue de chirurgie*, 1886.

effet, des indications bien spéciales et force parfois le chirurgien à intervenir. En pareille circonstance, l'empyème pourra donner des résultats avantageux. — Si le kyste hépatique continue à s'accroître, et vient former une tumeur saillante entre le rebord costal et l'ombilic, il sera indiqué d'ajouter à l'empyème une ouverture de la paroi abdominale, surtout, si, comme cela arrive toujours, la suppuration a envahi la poche. Dans ce cas, encore, la gravité des phénomènes généraux donnera rarement au chirurgien le temps nécessaire pour appliquer la méthode des caustiques.

Ce procédé devra être aussi rejeté dans le traitement des kystes postéro-supérieurs. — Nous aurons à revenir sur cette question, surtout pour ce qui concerne les tumeurs des trois premiers groupes.

Le kyste hydatique est ou non suppuré. Le diagnostic déjà probable par l'examen des phénomènes généraux présentés par le malade, deviendra certain à la suite d'une ponction. Si le kyste est suppuré, le choix du procédé devra être appuyé sur la gravité des symptômes généraux, le volume de la tumeur, etc.

Le volume, en effet, est très variable, et varie des plus faibles dimensions aux plus grandes, si bien que certains kystes ont pu occuper toute la cavité abdominale (Frerichs). Dans cet élément encore certains chirurgiens, Polaillon entr'autres, ont cherché des indications à l'intervention chirurgicale.

La connaissance de toutes ces particularités est indispensable; nous en retirerons des notions précieuses que nous utiliserons dans notre dernier chapitre.

Dans les cas les plus fréquents, avons-nous dit, les kystes à échinocoques viennent faire saillie dans la paroi abdominale. Il nous a paru indispensable de rappeler en peu de mots les diverses couches qui constituent cette paroi dans le point où porte en général l'intervention, c'est-à-dire, dans la portion de la paroi abdominale comprise entre le rebord costal inférieur et l'ombilic.

Ce sont là des notions anatomiques de connaissance vulgaire : nous les reproduirons cependant, car c'est en les possédant bien que le chirurgien pourra, nous semble-t-il, mener à bonne fin une application de caustiques dans le traitement des kystes du foie. — Dans cette intervention, en effet, l'opérateur devra reconnaître les diverses couches de la paroi abdominale avec autant de soin que s'il les traversait le bistouri à la main; il le fera de plus avec autant de facilité, s'il sait les quelques règles que nous essayerons de poser à la fin de notre travail.

Les couches qui composent la paroi sont assez nombreuses et présentent une disposition différente suivant qu'on les examine sur les côtés ou en avant. Sur les côtés (et nous ne nous occuperons que de cette région) le chirurgien rencontrera, en procédant de dehors en dedans : (1)

1° *Peau.* — La peau de l'abdomen qui ne présente rien de remarquable sinon la distension extrême à laquelle elle peut être soumise dans le cas de kyste de gros volume. — Il faudra ne pas perdre de vue que, une fois la tumeur vidée de son contenu, la peau cessant d'être distendue, semblera remonter vers la paroi thoracicique; d'où la nécessité absolue d'installer les caustiques aussi bas que possible, de façon à ne pas s'exposer à voir la plaie produite venir recouvrir les côtes, et par conséquent être oblitérée par elles au moment de l'évacuation du kyste;

2° *Fascia superficialis.* — Il est formé de deux couches de tissu cellulaire, peu importants pour nous et dans l'intervalle desquelles se dépose souvent une épaisse couche de graisse;

3° *Toile celluleuse recouvrant le grand oblique.* — Située en arrière du fascia transversalis elle constitue la gaîne du muscle grand oblique;

4° *Muscle grand oblique.* — Inséré à la face externe et au bord

(1) Tillaux : Anatomie topographique.

inférieur des sept ou huit dernières côtes par des digitations qui s'entrecroisent avec celles du grand dentelé, et aux deux tiers antérieurs de la lèvre externe de la crête iliaque, le muscle grand oblique se dirige en bas et en avant. — Son aponévrose est composée de fibres offrant la même direction que les fibres musculaires; elle est forte, *résistante*, *nacrée*, en sorte qu'il est très facile de la reconnaître au fond d'une plaie sur le vivant; c'est un point de repère important dans toutes les opérations qui se pratiquent à son niveau. Suivant le point d'application du caustique, le chirurgien rencontrera donc, après la peau et le tissu cellulaire, une couche musculaire ou aponévrotique à fibres obliques en bas et en dedans, qui lui permettra de reconnaître très exactement le chemin parcouru.

5° *Muscle petit oblique*. — Il s'attache en arrière à l'aponévrose abdominale postérieure, et par elle aux apophyses épineuses lombaires et sacrées, aux trois quarts antérieurs de la crête iliaque et au tiers externe de l'arcade crurale. De là les fibres se portent en haut et en dedans aux trois dernières côtes et à l'aponévrose abdominale antérieure. Il est à remarquer que les fibres du petit oblique ont une direction perpendiculaire à celle du grand oblique. Il sera donc facile de distinguer ces deux muscles l'un de l'autre.

6° *Muscle transverse de l'abdomen*. — Les fibres sont transversalement situées et s'avancent en dedans jusqu'au bord externe du grand droit antérieur.

7° *Fascia transversalis*. — Couche fort peu importante, puisqu'elle est réduite à une lame celluleuse très mince et difficilement isolable dans la région sous-ombilicale.

8° La huitième et dernière couche est formée par le tissu cellulaire sous-péritonéal et par le péritoine lui-même.

Les divers plans qui composent cette paroi sont séparés l'un de l'autre par une couche plus ou moins abondante de tissu cellu-

laire : la plus importante est la couche sous-péritonéale. C'est grâce à ces lames celluleuses que le chirurgien, sans être arrêté par elles, reconnaîtra le chemin parcouru par le caustique ; il devra surtout porter la plus grande attention à la direction des fibres musculaires de chaque couche et redoubler de précautions lorsqu'il traversera la couche de fibres transversales qui lui annonceront sûrement le voisinage du péritoine.

Nous avons jusqu'ici essayé de déterminer les conditions anatomiques des kystes hydatiques du foie : nous savons quels obstacles se dresseront devant le chirurgien ; le plus grand a été et sera de tout temps la présence du péritoine au devant du foie.

C'est à éviter son ouverture, ou plus tard à la rendre inoffensive que les chirurgiens se sont appliqués, comme nous allons le voir rapidement, depuis plus d'un demi siècle.

CHAPITRE II

HISTORIQUE DU TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Si nous parcourons les nombreux auteurs qui ont étudié la question, nous voyons que le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie ne remonte pas bien haut.

Comme nous l'expliquerons bientôt, c'est Récamier, guidé par la pratique de Graves pour les abcès du foie, qui l'a le premier si brillamment inauguré.

Les traitements médicaux antérieurs ou actuels ne méritent guère d'être préconisés, sauf pour certains cas exceptionnels.

Laënnec a préconisé sans succès le chlorure de sodium; Baumès, les mercuriaux; l'iodure de potassium a été surtout vanté par Hawkins.

Tout récemment Semmola, dans ses importants travaux sur la question, a démontré qu'il existait certains cas où l'on pouvait attendre de bons résultats de l'emploi de l'iodure de potassium, notamment lorsque la ponction exploratrice pouvait faire reconnaître le passage du médicament dans le liquide kystique. En pareil cas, le traitement chirurgical peut être ajourné. Ce même auteur (Semmola) ne serait pas partisan de l'électrolyse.

Cependant, les médecins anglais, parmi lesquels nous citerons Hilton, Fagge et Durham, enregistrent des succès.

En France, Henrot de Reims (1), l'a employée aussi avec succès chez un malade atteint d'un vaste kyste hydatique du foie avec douleurs continuelles, perte d'appétit, cachexie profonde.

---

(1) Revue de chirurgie, 1885.

Ce traitement médical nous paraît certainement le plus sérieux, car il est extrêmement remarquable par sa simplicité.

Sans insister sur les autres médicaments qui ont été vantés dans la cure de ces tumeurs, nous avons hâte d'arriver aux procédés employés par les divers chirurgiens.

Ponction simple. — Parmi les moyens chirurgicaux, le plus simple et le plus inoffensif est la ponction. Elle peut se faire, avec un gros trocart, avec un trocart explorateur ou bien avec un trocart de petite dimension. Borgherini, cité par Poulet, indique un procédé consistant à faire des ponctions multiples successives avec des trocarts de divers calibres, de manière à obtenir l'évacuation plus ou moins complète du contenu.

Quelques succès sont à l'actif de ce procédé, mais peu de chirurgiens l'emploient, car la crainte d'une péritonite due au passage du liquide dans le péritoine les rend très circonspects.

M. Gosselin, un des grands maîtres de la chirurgie française, signalant parfois les avantages de la ponction simple avec l'aiguille fine, s'exprime ainsi :

« La ponction simple peut agir en provoquant la guérison par un mécanisme analogue à celui suivant lequel a lieu dans certains cas la guérison spontanée. »

C'est ainsi que la voie est pour ainsi dire ouverte à Dieulafoy qui, en 1870, applique aux kystes hydatiques sa méthode de la ponction capillaire par aspiration.

Ce procédé, qui a fourni de nombreux succès, comprend deux temps bien distincts :

Une première opération consiste dans la ponction exploratrice ;

La seconde opération est la ponction évacuante. Grâce à l'antisepsie rigoureuse, nous pensons que cette première opération peut être employée avec avantage dans le traitement préliminaire des kystes hydatiques du foie.

A côté du traitement par les ponctions, nous trouvons le traitement par les injections avec le trocart.

Injections iodées

Cette pratique a été surtout mise en honneur par Boinet et Messenet (1) qui n'ont pas obtenu d'heureux résultats. — Citons aussi pour mémoire le procédé de Jobert, qui faisait dans la tumeur des ponctions successives avec l'aiguille d'un trocart, qu'il laissait ensuite en place, pendant 24 heures.

Aran, combinant ces deux procédés (Jobert et Boinet), se servait d'un trocart uniquement pour vider le sac et de l'injection pour développer la phlegmasie des parois. — Les méthodes, qui, dans ces dernières années, ont cherché à prévaloir, ont pour point de départ l'incision.

Wolkmann, qui, tout d'abord préconise l'incision en deux temps, n'est que le vulgaire imitateur de Récamier, qui a le premier mis en lumière ce procédé. C'est en effet, en 1825, que Récamier a opéré par l'incision en deux temps un kyste hydatique suppuré du foie.

Wolkmann, rejetant seulement les caustiques, emprunte à Récamier son manuel opératoire. Dans un premier temps, incision des parties molles et du feuillet externe du péritoine, on s'arrête en appliquant un pansement antiseptique convenable; quelques jours après, lorsqu'on juge les adhérences suffisantes de façon à ne plus redouter une péritonite par la pénétration du liquide dans la cavité péritonéale, on incise le kyste lui-même sans crainte.

Successivement prôné et tombé en disgrâce, ce procédé a donné de bons résultats entre les mains de Bégin, Russel, Jarjavay-Ried, etc. C'est en 1877 que Wolkmann a voulu l'imposer, pour ainsi dire, et, sous son puissant patronage, il est devenu en Allemagne un procédé classique.

---

(1) Gazette médicale, 1852.

Nous n'avons pas encore épuisé la série des traitements imaginés par les chirurgiens de tous les pays, pour ouvrir avec sécurité la poche hydatique et évacuer son contenu.

Une méthode, qui exige un temps fort long, est celle de la grosse canule à demeure, qui a été diversement appliquée.

Roger du Hâvre laisse la canule très longtemps; d'autres, notamment Verneuil, au bout de huit ou neuf jours, font la substitution d'un drain à la canule.

Se basant sur les mêmes principes, Simon de Berlin, (1) en 1877, a préconisé l'emploi de deux trocarts enfoncés à trois centimètres l'un de l'autre dans la partie la plus saillante de la tumeur.

En Allemagne, le manuel opératoire, indiqué par Simon, a subi différentes modifications : c'est ainsi que Hirschberg (2) préfère des ponctions multiples sur la même ligne ou disséminées, afin d'établir plus sûrement des adhérences. Küster conseille la ligature élastique pour obtenir la section du pont intermédiaire aux deux canules.

Le professeur Verneuil (3) a adopté un procédé intermédiaire à la cautérisation et à l'ouverture immédiate.

Il consiste à introduire en permanence et dans le kyste par un trocart une sonde en caoutchouc rouge. Nous devons dire qu'il adopte, comme opération préliminaire, la ponction capillaire à l'aide de l'appareil de Dieulafoy. Ce premier procédé a paru à Verneuil insuffisant; aussi a-t-il adopté l'introduction de deux trocarts distants de plusieurs centimètres de façon que deux sondes drainent la tumeur; quelques jours après, il retire les sondes et réunit le pont intermédiaire; cela dans le but d'assurer la détersion et de faciliter le lavage.

---

(1) Meisser. Die echinococcen Krankheit, 1877.

(2) VIe Congrès Allemand, 1877.

(3) Revue de Chirurgie, 1883.

Cette méthode, qui a donné quelques succès entre les mains de son promoteur, n'est pas sans prêter à la critique, et la mortalité est ici plus grande que pour la ponction capillaire.

Une péritonite rapidement mortelle est surtout à redouter, car le tissu hépathique, traversé par le gros trocart, ne s'applique pas toujours étroitement sur la sonde en caoutchouc évidemment moins large que la canule qu'elle remplace et le liquide peut s'écouler dans la séreuse.

Dans ces dernières années, nous voyons les chirurgiens partant toujours de l'idée de Récamier : l'incision et l'évacuation, apporter des modifications, peu importantes en somme, à cette grande méthode, qui fait le plus grand honneur à cet éminent praticien.

Le péritoine est pour tous un sujet de légitime appréhension, car pour toute la chirurgie abdominale, comme le dit très bien M. Poulet, la crainte du péritoine est le commencement de la sagesse.

La découverte de Lister a d'ailleurs produit les meilleurs résultats et c'est en s'appuyant sur elle que la méthode de Récamier peut être aujourd'hui légitimement préconisée.

Seulement, au lieu d'imiter la conduite prudente de ce maître, qui préconise l'opération en deux temps, des chirurgieus audacieux, tels que Lindeman, Landau, Grumberg, Lanson, Rait, etc. opèrent en un seul temps.

Une telle entreprise n'est pas à la portée du vulgaire, et nous pourrions faire à cet égard les mêmes réflexions que celles que peut suggérer la comparaison de la trachéotomie en deux temps avec la méthode de de Saint-Germain.

C'est une grande difficulté pour le chirurgien d'évacuer le contenu sans en faire pénétrer dans le péritoine et aussi de bien assurer l'occlusion hermétique de la cavité péritonéale par une suture convenable de la corolle kystique.

En Allemagne, Lindemann incise les parties molles jusqu'au kyste en comprenant le feuillet pariétal du péritoine; les bords de la séreuse sont suturés à la peau avec des fils de catgut. Le chirurgien fixe ensuite la poche kystique à la paroi.

Un auteur du même pays, Korach, admettant aussi l'opération en un seul temps, pense toutefois qu'il vaut mieux dans une première opération inciser la paroi abdominale jusqu'à la surface du foie. On attend alors que les adhérences se soient établies entre les deux feuillets du péritoine ; après dix jours environ, on pratique l'incision du kyste.

Landau (1) recommande encore un autre procédé : incision de la peau, des muscles, du feuillet pariétal des péritoines avec toutes les précautions antiseptiques; puis à travers les lèvres de la plaie, au niveau de chaque angle on passe un fil résistant qui comprend dans son anse la paroi du kyste. Ces deux fils sont destinés à appliquer le kyste contre la paroi abdominale.

Il faut ensuite, à l'aide d'une ponction aspiratrice, retirer une certaine quantité de liquide pour attirer plus facilement au dehors la paroi du kyste relâchée et l'ouvrir ainsi à l'extérieur.

Nous voyons que ce manuel opératoire n'est pas sans offrir de nombreuses difficultés. En France, la majorité des chirurgiens est loin d'être aussi audacieuse; la méthode de Récamier, bénéficiant largement des progrès de l'antisepsie, est encore employée dans beaucoup de cas et donne d'heureux résultats.

MÉTHODE RÉCAMIER

En somme, nous venons de le voir, bien que varié, en apparence, le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie peut être ramené à deux procédés : la ponction et l'ouverture du kyste,

(1) Berliner Klin. — Woch. IXe Congrès. 1882.

cette dernière méthode ayant donné lieu à bien des procédés différents, mais qui dérivent tous de celui de Récamier.

C'est en réalité le docteur Masseau, correspondant de l'Académie, qui, en 1825, eut le premier l'idée d'employer ce mode de traitement, que Récamier n'avait encore proposé que pour les abcès du foie. Récamier, en rendant l'opération méthodique, lui donna son nom, et de plus la compléta par la ponction exploratrice.

Voici comment ce chirurgien opérait (1) :

Quelques jours après la ponction exploratrice faite avec un trocart très fin, il faisait sur le point le plus saillant de la tumeur une première application de potasse caustique, comme pour les abcès. Ce premier temps de l'observation avait pour but la formation des adhérences ; quand il les supposait établies, il faisait une deuxième application assez profonde pour atteindre le sac et l'ouvrir, il le vidait de son contenu, aidant la sortie des hydatides par des lavages d'abord émollients, puis par des injections détersives et enfin antiseptiques. Pour empêcher l'entrée de l'air dans le sac dont il avait observé l'effet funeste dans les cas de rupture spontanée, Récamier avait grand soin de maintenir le foyer rempli autant que possible de liquide.

Tel est le procédé employé tout d'abord.

Plus tard, Dolleau, rejetant la ponction capillaire en tant que méthode curative, et n'en faisant qu'un moyen d'exploration, a remplacé la potasse caustique par la pâte de Vienne ; de plus, il ouvre le sac avec le bistouri ; en incisant crucialement l'escharre, cette ouverture est maintenue béante à l'aide d'une mèche et d'une sonde flexible engagée dans le kyste. Nous voyons là déjà un premier perfectionnement important, le drainage de la poche.

Le procédé de Demarquay était plus long ; on en trouve la

(1) Revue Médicale. 1825.

description dans la *Gazette des Hôpitaux* (1873, p. 618). Dans un premier temps, large incision de 7 à 8 centimètres de long et application immédiate au fond de la plaie d'un large morceau de pâte de Canquoin. 24 heures après on enlève le caustique et l'on panse simplement avec de la charpie. On laisse ensuite l'eschare se détacher d'elle-même sans l'inciser. On ne le ferait que s'il fallait pratiquer une ouverture rapide. On doit attendre que la fluctuation soit manifeste sous le doigt pour enfoncer le trocart, ce qui est le second temps. Le troisième temps consiste dans l'introduction dans la plaie d'une canule en caoutchouc dont on bouche l'orifice avec un fausset, qu'on aura soin d'enlever plusieurs fois par jour, afin de permettre le facile écoulement du lipuide. A mesure que la poche se rétracte, on enlève la canule pour faciliter l'écoulement au dehors des liquides et des membranes parasitaires. En même temps on comprime l'abdomen avec un bandage destiné à empêcher la rupture des adhérences au moment de la rétraction des parois du kyste.

Demarquay résumait ainsi ces modifications qui avaient pour but de répondre aux objections faites à la méthode de Récamier.

1° Douleurs calmées par les injections de morphine ;

2° Infection purulente combattue par les injections iodées ;

3° La rupture des adhérences n'est plus à craindre, l'action profonde des caustiques et la chute naturelle des eschares étant une garantie parfaite.

Nous mettrons à profit les conclusions de Demarquay, lorsque nous essaierons de poser les règles du traitement par les caustiques.

M. Richet (1) a introduit des changements importants qui font véritablement de cette opération quelque chose de tout spécial. Ce procédé comprend quatre temps.

---

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1872.

1° Ponction capillaire exploratrice, mais en comptant jusqu'à un certain point sur la possibilité d'une guérison.

2° Cautérisation d'abord avec la pâte de Vienne, puis avec le chlorure de zinc.

3° Quand on atteint le péritoine, ponction d'abord, avec un petit trocart pour s'assurer de l'épaisseur des parois à traverser et de la solidité des adhérences.

4° Ponction avec un trocart gros comme le pouce au centre même de l'eschare, canule à demeure, jusqu'au lendemain, en ne vidant le kyste qu'à moitié tout au plus. « Ce n'est que le lendemain ou même le surlendemain, dit Richet, que je substitue à la canule métallique, une canule simple de gomme, mais de même calibre. De cette façon on évite sûrement l'infiltration du liquide du kyste à travers les adhérences. » On peut ultérieurement, si besoin est, élargir l'orifice avec l'éponge préparée, qui ouvre la voie à une canule plus grosse. Enfin on fait des injections. On ne doit diminuer qu'avec lenteur le calibre des canules, et ne les supprimer qu'après modification sensible et rapprochement notable des parois du kyste. Nous verrons que nous partagerons presque absolument ces idées de Richet, lorsque nous étudierons les particularités de la remarquable observation de M. le professeur agrégé Piéchaud.

Leudet (1), bien avant Richet avait publié six cas de traitement des kystes du foie par la méthode de Récamier, avec un décès. Ce résultat fatal fut attribué par lui à l'introduction dans le trajet d'éponge préparée, introduction faite dans le but de dilater ce trajet. Il y aurait eu rupture des adhérences et péritonite consécutive. Depuis il y a eu plusieurs décès attribués à l'emploi de ce procédé ; cela nous suffira amplement pour nous le faire rejeter. Qu'il nous soit permis d'insister sur les détails opératoires énumérés par Leudet :

(1) *Archives de Médecine*, 1860.

1o Bien déterminer avant d'opérer le point le plus superficiel de la tumeur.

2o Quand on a atteint la surface du foie, on peut avoir recours à un débridement au moyen du bistouri.

3o On doit placer l'ouverture de la tumeur, autant que possible à égale distance des fausses côtes et du bord inférieur du foie. *On pourrait encore appliquer la potasse caustique dans un des espaces intercostaux.*

4° Laver plusieurs fois par jour l'intérieur du kyste avec de l'eau tiède, jusqu'à ce que cette eau, sortant du kyste soit limpide, et introduire ensuite une solution médicamenteuse qu'on laisse à demeure. Solution de teinture d'iode au tiers.

5° Maintenir une sonde de gros calibre dans la fistule. Si le trajet venait à se rétrécir d'une façon trop marquée, on pourrait le dilater avec de l'éponge préparée ; mais cette pratique n'est pas sans danger, comme en témoignent plusieurs observations.

Enfin M. Tillaux (1) en 1881 se fit le défenseur de la méthode de Récamier de plus en plus battue en brèche.

Voici le procédé qu'il a appliqué avec succès dans les trois cas :

1er temps : On applique d'abord un cautère de pâte de Vienne de la largeur d'une pièce de un franc. L'application doit durer vingt minutes et on enlève l'eschare au moyen de ciseaux et d'une pince à dissection. On continue ces applications de pâte de Vienne jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur le muscle transverse que l'on reconnaît à la direction de ses fibres.

2me *temps*. — M. Tillaux enfonce de force, de manière à la faire pénétrer dans la cavité du kyste une flèche de pâte de Vienne, très dure et séchée au four, d'une longueur de sept à huit centimètres, d'une largeur de un centimètre et pointue. Cette flèche est main-

(1) Société de Chirurgie, 1881.

tenue en place au moyen de charpie et d'un bandage de corps. L'eschare met quatre jours à se former ; quand elle s'élimine il se produit un écoulement de liquide assez abondant. — L'introduction de la flèche serait par elle-même douloureuse ; la douleur ne devient vive que pendant la formation de l'eschare. La flèche, agissant comme corps étranger, et de plus par son action chimique, produirait des adhérences assez fortes pour résister au retrait de la poche et aux mouvements des parois abdominales.

La flèche obstruant le conduit, empêcherait l'accès de l'air dans la cavité et l'épanchement d'un peu de liquide dans la cavité péritonéale. L'orifice serait suffisant pour permettre à tout le contenu de la tumeur d'être évacué dès le premier jour.

Tel est le procédé de Récamier et les nombreuses modifications de détail qu'on y a apportées. En résumé, tous ces procédés se ressemblent au point de vue de la formation des adhérences, mais ils diffèrent notablement dans leur deuxième partie. — Auquel donner la préférence? C'est une question que nous aurons à résoudre plus tard ; déjà cependant nous pouvons dire que nous prendrons à chacun de ces procédés ce qu'il aura de meilleur, de façon à donner des règles précises pour l'application de la méthode de Récamier.

Des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale. — Il est bien évident que le grand avantage de la méthode que nous exposons, consistant dans la possibilité d'aborder la tumeur sans ouvrir la cavité péritonéale, les auteurs ont dû se préoccuper depuis longtemps du mode de formation des adhérences péritonéales, de leur résistance à leurs différents âges.

C'est là un point en litige sur lequel on a beaucoup discuté sans parvenir à s'entendre. — Ces adhérences sont-elles indispensables? Peuvent-elles exister naturellement? Comment les reconnaître lorsqu'elles existent? Voilà bien des questions auxquelles, avec les auteurs, nous allons essayer de répondre.

Les adhérences sont-elles indispensables, ou tout au moins utiles? Quoique aujourd'hui les chirurgiens ne craignent nullement d'ouvrir le péritoine, nous croyons pouvoir répondre par l'affirmative. — En effet, le kyste ouvert va suppurer et risquera fort de déverser les produits de suppuration dans la cavité péritonéale, si une barrière préalablement établie ne l'en empêche.

Peuvent-elles exister naturellement? On a souvent observé des adhérences surtout dans les cas de kystes suppurés. C'est là un fait important et qui pourrait peut-être permettre d'aller plus rapidement dans le traitement de ce genre de kystes. Aussi le médecin doit-il savoir reconnaître les adhérences sous peine de faire courir des dangers inutiles aux malades, soit en n'intervenant pas à temps (kystes suppurés) soit en n'osant pas recourir à un procédé radical, alors qu'il pourrait le faire sans crainte. — Dans le plus grand nombre des cas, lorsque ces tumeurs sont saillantes au dehors, dit Boinet, il existe presque toujours des adhérences entre le kyste et la paroi. Ce chirurgien se base, pour le reconnaître, sur ce que la peau qui recouvre la tumeur est mate et le siège d'un empâtement sur une assez grande étendue; sur ce que la tumeur est très saillante, et que les parties qui séparent le doigt du liquide contenu dans le kyste sont très-minces; de plus, si l'on fait coucher le malade sur le côté opposé, la tumeur ne s'éloigne pas du point où elle est la plus saillante, et où elle semble adhérer. — Budd a encore recommandé de tracer à l'encre les limites de la tumeur et du bord inférieur du foie, et d'examiner si elles se déplacent dans les changements de position et dans les fortes inspirations.

Si les adhérences n'existent pas naturellement, comment pourra-t-on les obtenir artificiellement? Il est prouvé aujourd'hui que l'application de caustiques est le meilleur moyen que l'on puisse employer pour arriver à ce résultat.

Les ponctions multiples, ou pratiquées avec des trocarts spéciaux

(Rambaud) (1) ont une action problématique et encore peu connue sur la production des adhérences. La méthode des caustiques, au contraire, appliquée avec prudence et assez de lenteur a donné des résultats certains. La clinique et la physiologie expérimentale, la première par la voix de Gosselin, la deuxième par celle de Demarquay, l'ont amplement démontré. D'après les expériences de Gosselin, en effet (2), on peut établir qu'il faut six ou sept cautérisations au moins, dans l'espace de dix à douze jours pour obtenir des adhérences. Si rien ne presse, mieux vaudrait peut-être attendre jusqu'au quinzième jour. Demarquay, de son côté, était arrivé aux mêmes conclusions. De plus, dans une autopsie de Leudet, on trouve décrites des adhérences solides à peu près dix jours après le début des applications du caustique. Enfin les faits cliniques (et pour s'en convaincre il suffit de parcourir les quelques observations que nous résumons plus loin) démontrent qu'après douze ou quinze jours on peut sans crainte pénétrer dans le kyste, à travers des adhérences déjà suffisamment solides.

---

(1) Rambaud. Académie de Médecine, 1842.

(2) Gosselin. — Clinique chirurgicale de la charité.

CHAPITRE III

INDICATIONS DE LA MÉTHODE DE RÉCAMIER

Nous n'avons eu nullement l'intention, en entreprenant ce travail, de comparer entre eux les résultats des divers modes de traitement des kystes hydatiques du foie. Notre but est tout autre : nous l'avons nettement défini au début.

Nous aurions pu accumuler des faits très nombreux, fouiller les auteurs de façon à en apporter un nombre considérable pour établir une statistique qui aurait paru présenter toutes les garanties désirables. Or, dans ce cas, rien n'aurait été plus menteur que les chiffres bruts, s'ils n'avaient été suivis d'une interprétation impartiale, mais clairvoyante. Il est vrai que la statistique n'aurait pas paru favorable à notre méthode. Hauxley en effet (1) donne 36 décès pour 100 cas de traitement des kystes hydatiques par les caustiques, alors que les résultats fournis par les autres procédés sont (2) : Pour la ponction simple, 22 insuccès et 18 morts pour 100 cas traités par une seule ponction.

12 insuccès et 17 morts pour 100 cas, traités par des ponctions multiples.

7,7 morts et 7,7 insuccès o/o pour les cas traités par une seule ponction suivie d'aspiration.

Les cas traités par la ponction privée d'injections diverses sont trop peu nombreux pour pouvoir être le noyau d'une statistique sérieuse.

---

(1) *Gazette Médicale de Paris*, 1886.

(2) Thèse de FOSSARD, 1887, Bordeaux.

Quant aux méthodes consistant à ouvrir largement la poche au bistouri, on a pu établir des chiffres sur un nombre de faits assez important; il nous semble cependant bien difficile d'en tirer des conclusions pratiques, tant les auteurs diffèrent lorsqu'on compare les résultats auxquels ils arrivent. L'examen des chiffres qui suivent montre, en effet, d'une façon évidente, combien peu il faut se fier aux statistiques si, avant de conclure, on ne peut commenter et apprécier non l'ensemble, mais chacun des faits en particulier.

D'après Neissler (1), le procédé en deux temps aurait donné une mortalité de 40 o/o, tandis que le procédé en un temps aurait donné 50 o/o de décès.

D'après Leisrink, pas de décès pour le premier procédé (sur six cas), 8,5 o/o dans le second.

Pour Paulet (*Revue de chirurgie*), les chiffres deviennent 8,5 et 12,5, et naturellement il proclame la supériorité des traitements nouveaux sur les anciens. Nous avons vu que les résultats de ces traitements n'ont pas été aussi beaux entre les mains de tous les chirurgiens. Mais, même en admettant ces chiffres comme exprimant la moyenne des succès de ces interventions, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que ces opérations sont de date récente, ont toutes été faites avec le secours de l'antisepsie, par conséquent dans les meilleures conditions possibles. Les statistiques des cas traités par la ponction ou la méthode de Récamier contiennent, au contraire, des faits qui remontent à plus d'un demi-siècle, et tout le monde sait qu'il n'est pas besoin de revenir de cinquante ans en arrière pour trouver une chirurgie qui ne ressemble guère à celle que l'on peut faire aujourd'hui. Il n'est pas étonnant que les cas de mort aient été relativement fréquents à une époque où la chirurgie ne comptait guère que des désastres

(1) Thèse de Nancy, 1886. Toussaint.

dont le souvenir est encore présent à la mémoire de tous. Si donc nous voulions nous arrêter à une statistique pour la discuter et en tirer des conclusions raisonnables, nous devrions ne choisir que les cas récents, traités avec tous les soins exigés à juste raison par la méthode antiseptique; peut-être alors le procédé de Récamier pourrait-il supporter la comparaison avec les autres méthodes de traitement. Nous verrons qu'il a de plus sur eux certains avantages que l'on aurait grand tort de négliger. Malheureusement, les cas récents sont peu nombreux, et nous nous contenterons de rappeler trois cas heureux de Tillaux (1), les deux cas de M. Oré, le cas de Launay, celui de M. Piéchaud, tous suivis de guérison; n'oublions pas le cas de mort rapporté dans nos observations, et 18 cas de Jauassen, tous suivis de succès.

Nous devrions faire les mêmes remarques en ce qui concerne les cas traités par la ponction. Le chiffre de 7,7 morts et 7,7 insuccès diminuera certainement lorsque tous les chirurgiens useront d'instruments soigneusement désinfectés.

Les cas traités par la méthode de M. Verneuil sont en trop petit nombre (cinq) pour qu'on puisse baser sur eux une statistique sérieuse.

On le voit, il nous a été impossible de démontrer, pièces en main, la supériorité de la méthode de Récamier; telle n'était pas d'ailleurs tout à fait notre ambition. Nous ferons voir plus tard que son application est simple, à la portée de tous, et que, pour ce fait seul, elle méritait d'être tirée de l'oubli dans lequel on cherche à la plonger depuis plusieurs années.

« Si l'on considère, dit M. Verneuil (2), dans tout moyen thérapeutique, l'*efficacité,* la *bénignité* et la *simplicité,* il suffit, lorsque deux opérations sont en concurrence d'examiner compa-

---

(1) Creyx. Thèse de Paris, 1881.

(2) Discours prononcé au Congrès de chirurgie, 1888.

rativement ces trois qualités dans chacune d'elles, et tout naturellement on choisit celle qui, avec une efficacité égale, présense une bénignité et une plus grande facilité d'exécution. »

Jamais personne n'a pu mettre raisonnablement en doute l'*efficacité* absolue de la méthode de Récamier. Sur ce point, elle ne cède le pas à aucun autre procédé et elle l'emporte de beaucoup sur la ponction avec aspiration, la récidive arrivant souvent après les ponctions, même répétées. Mais, les dangers des ponctions rigoureusement aseptiques étant moindres que ceux de toutes autres méthodes, il est évident que ce mode d'intervention garde et gardera toujours une supériorité incontestable; il a de plus pour lui la facilité d'exécution qui en fait une opération des plus simples et que tout chirurgien, aussi peu expérimenté qu'il soit, pourra entreprendre; de plus, la ponction constitue l'élément de diagnostic le plus sérieux; elle donne souvent le seul signe pathognomonique des kystes hydatiques, c'est-à-dire la présence de crochets dans le liquide qu'ils contiennent : aussi les chirurgiens devront-ils avoir toujours au début du traitement recours à la ponction répétée plusieurs fois avant d'intervenir plus radicalement.

Mais la ponction étant reconnue inefficace, à quel traitement devra-t-on donner le choix d'une façon générale? Ici, les éléments nous manquent pour déterminer d'une façon certaine la bénignité de la méthode de Récamier; nous venons de le voir, mais nous espérions bien démontrer ce que nous avons avancé plus haut, à savoir que l'ouverture par les caustiques doit devenir une opération bénigne, lorsque nous montrerons les dangers de la méthode et les moyens presque infaillibles pour nous de les éviter, grâce à l'emploi des précautions antiseptiques habituelles.

Le débat semble donc être circonscrit entre la méthode de Récamier, celle de Verneuil et enfin les divers procédés d'incision : nous avons déjà fait des réserves sérieuses à propos du

mode opératoire de M. Verneuil; nous en avons suffisamment fait ressortir les dangers. Il nous suffira de rechercher le troisième élément qui doit guider notre choix, la simplicité des procédés en présence : il est évident qu'au premier abord inciser la paroi abdominale, inciser et suturer le kyste à la paroi après l'avoir ou non réséqué, semble une opération très simple. Mais chacun sait combien les interventions chirurgicales de l'abdomen sont délicates, combien elles réservent de surprises au chirurgien qui les entreprend et combien elles exigent un sang froid, une présence d'esprit à toute épreuve, et aussi une pratique chirurgicale déjà longue. Aussi, peu de médecins se sentent-ils assez préparés par leurs opérations antérieures pour oser faire une laparatomie. Le mot seul les effraie; ils ont peut-être tort; mais ne pouvant rien changer aux faits, qui sont indéniables, il serait peut-être imprudent de recommander, au détriment des autres procédés, une méthode accessible à une faible minorité de chirurgiens. De plus, les procédés d'incision, nous l'avons vu, n'ont pas donné entre toutes les mains d'excellents résultats; et que deviendraient ces chiffres si, par impossible, l'ouverture des kystes du foie par l'incision passait dans la pratique courante? Il n'y a pour s'en convaincre qu'à voir ce qui se passe pour une opération qui se généralise depuis plusieurs années déjà : l'ovariotomie, en effet, a donné des résultats variables entre les mains des divers chirurgiens; splendides pour quelques-uns; au moins médiocres pour beaucoup d'autres. La comparaison n'est pas tout à fait exacte : car l'ovariotomie s'impose à un moment donné, étant la seule chance de salut pour la malade, l'incision des kystes du foie s'impose rarement au contraire, presque toujours elle peut être remplacée par la ponction, ou l'ouverture par les caustiques.

La méthode de Récamier a donc pour elle la simplicité, ou plutôt la facilité d'exécution; elle est plus longue dans son application que l'incision, mais elle est beaucoup plus facile, à la

portée de tous et la guérison ne se fait pas attendre plus longtemps qu'à la suite de l'incision, à moins, bien entendu, que dans cette opération on ait pu enlever complètement un kyste parfaitement pédiculé, fait trop rare pour qu'on en puisse tenir grand compte.

En résumé, nous avons reconnu à la méthode de Récamier les trois qualités qui doivent guider le chirurgien dans le choix d'une opération : l'efficacité, la facilité et la bénignité. Pour les deux premières, elle l'emporte certainement sur les autres méthodes; quant à la dernière, nous l'avons vu, nous avons de très fortes raisons de croire qu'à l'avenir la comparaison sera tout aussi avantageuse.

Nous sommes donc conduit, les ponctions ayant été préalablement essayées, à accepter la méthode de Récamier comme méthode de choix dans le traitement des kystes hydatiques. Mais on ne devra l'employer que dans les cas que nous allons dès maintenant essayer de déterminer. Reportons-nous pour cela à la classification de Poulet :

1° Le kyste de la face inférieure du foie se porte vers la paroi abdominale. Il vient faire saillie sous cette paroi. C'est le cas idéal, pour ainsi dire dans lequel on devra appliquer la méthode de Récamier. Pour lui, pas de discussion possible; or, si nous faisons remarquer que c'est la disposition de beaucoup la plus fréquente, nous verrons déjà quelle importance pourra acquérir ce procédé.

Quelquefois, les kystes ne dépassent pas les fausses côtes. Dans ce cas, on pourra encore appliquer la méthode de Récamier dans la zone indiquée par Gros (voir page 6) et au niveau de laquelle on peut arriver sur le foie à travers la paroi thoracique sans traverser la cavité pleurale.

2° Le kyste est intra-hépatique, mais voisin de la face antérieure ou du lobe gauche de l'organe. Dans ce cas encore la

méthode de Récamier complétée par l'incision du foie au bistouri, ou encore mieux au thermo-cautère pourra être appliquée.

3° Le kyste est intra-hépathique, mais central. Il augmente le volume du foie sans faire saillie en aucun point. Avec Poulet nous ferons les réserves les plus absolues, et nous serions tout disposé à laisser ces cas à l'incision large qui seule permettra de pénétrer à la profondeur quelquefois considérable où siègent les kystes de ce genre. Nous devons dire d'ailleurs que beaucoup des partisans résolus de l'incision reculent eux-mêmes devant une pareille opération.

4° Les kystes postéro-supérieurs ne nous retiendront pas longtemps: le seul traitement qui leur soit applicable est celui précaunisé par Iscaël et Geuzmer (1). Résection costale en arrière, ouverture de la plèvre ; temps d'arrêt de 8 jours pendant lesquels on bourre la plaie de gaze iodoformée pour obtenir des adhérences pleurales. Puis, ouverture du diaphragme et du péritoine ; nouveau temps d'arrêt de 8 jours pendant lesquels on attend la formation d'adhérences péritonéales. Enfin, incision du kyste.

Si le kyste est suppuré et si les phénomènes généraux ne sont pas pressants, on pourra employer les caustiques, bien entendu dans les kystes des deux premiers groupes. Si les phénomènes généraux sont graves, mieux vaudra employer l'incision ; la méthode de Récamier serait trop lente. D'ailleurs, dans ce cas, le plus souvent des adhérences sont déjà formées entre la paroi et le kyste.

L'ouverture dans la plèvre, dans les bronches, crée des indications spéciales. Nous l'avons déjà dit : il faudra alors faire l'empyème, et ne pas hésiter à ouvrir le kyste à la paroi abdominale, dans le cas de suppuration et de menace d'infection.

En résumé la méthode de Récamier sera indiquée dans les kystes

---

(1) VIIe Congrès des Chirurgiens allemands, 1879.

superficiels un peu profonds qui viennent faire saillie dans la paroi abdominale, ou sur la paroi thoracique, dans l'étendue de la zone déterminée par Gros.

Kystes hydatiques traités par le procédé de Récamier.

OBSERVATION I

GENDRIN *(Arch. génér. de Médecine*, 1860*)*.

Deux kystes guéris.

Du 16 au 28 septembre 1849, cinq applications successives de potasse caustique, ouverture du kyste. Guérison.

En 1850, nouvelle tumeur analogue.

Du 19 janvier au 19 février 1851, douze applications semblables. Ouverture du kyste. Guérison.

OBSERVATION II

RÉCAMIER (Debouis).

Ouverture par la potasse. Guérison.

27 juin : Potasse caustique au-dessous de l'appendice xiphoïde.

Le 29. Nouvelle application de potasse.

Le 7 juillet. Incision de l'eschare ; injection émolliente dans le kyste ; pansement simple.

OBSERVATION III

(JOBERT. *Gazette des Hôpitaux*, 1853).

Potasse caustique. Incision. Injection. Guérison.

Huit jours après, incision avec un bistouri. Injection d'eau distillée et d'alcool.

Sonde de femme laissée à demeure.

Le malade guérit parfaitement.

Observation IV

(Récamier. *Revue médicale*, 1827).

Ouverture par les caustiques. Guérison.

Le 15 mai. Ponction avec un trocart très fin.

Application d'un large morceau de potasse caustique ; le lendemain, incision de l'eschare, au centre de laquelle on place un nouveau morceau de potasse.

19 juillet : Chute de l'escharre.

Injection d'eau d'orge miellée.

Au bout d'un mois il ne reste plus qu'une ouverture fistuleuse. — Guérison.

Observation V

(Leudet. *Arch. gén. de Médecine*, 1860, t. XV).

Applications successives de potasse. Injections iodées. Guérison.

23 novembre : application de potasse caustique.

Cinq applications jusqu'au 13 décembre 1855.

Sixième application de caustique.

En mars 1856, fistule bouchée.

Observation VI

(Leudet).

Applications successives de potasse. Ponction. Injection alcoolique. Pneumonie. Expectoration d'hydatides. Guérison.

Durée du traitement : du 27 juillet 1856 au 29 août 1856. — Guérison parfaite encore observée en 1859.

Observation VII

Applications de potasse, etc.

Perforation du trajet fistuleux.

Communication avec la cavité abdominale.

Péritonite. Mort. Leudet (*cod. loco*).

Observation VIII

(Jobert et Richeraud. Barrier, Th. doctorat).

Application de potasse. Ponction. Guérison.

13 novembre : Application sur la tumeur d'un morceau de potasse caustique ; le lendemain, incision circulaire de l'escharre avec le bistouri.

30 janvier : Plaie parfaitement cicatrisée.

29 février : Guérison absolue.

Observation IX

(Michel, de Bar-le-Duc).

Potasse caustique. Ponction. Guérison.

Applicat. de potasse. Chute de l'escharre.

Ponction. Injection de 60 gr. de solution iodée.

Guérison après deux mois.

Observation X

(Cadet de Gassicourt, Thèse).

Potasse caustique. Ponction. Guérison.

Kyste suppuré dans lequel il se fit une irruption de bile qui finit par tarir la sécrétion purulente.

Observation XI

(Nélation. Thése de Cadet de Gassicourt).

Potasse caustique. Ponction. Guérison.

Kyste suppuré traité par la méthode Récamier.

Ponction de l'escharre au dizième jour avec aiguille à cataracte ; puis ponction avec un gros trocart. Sonde à demeure et injections iodées. Guérison.

Observation XII

(Desnos, 1865).

Potasse caustique. Ponction. Mort.

Malade dans un état cachectique des plus prononcés, opéré à l'aide de la potasse caustique.

Escharre de la largeur d'une pièce de un franc ; application très douloureuse. Mort consécutive.

Observation XIII

(Drs Lajous, Boissy, Saint-Léger, *Acad. de Médecine*, avril 1875).

Pâte caustique. Ponction. Incision au bistouri. Injection.

17 octobre 1871 : Application de la pâte caustique aux deux épigastriques, renouvelée pendant six jours. — Deux jours, ponction avec un trocart.

Incision avec le bistouri.

Guérison après quatre mois avec rétraction progressive du kyste et cicatrisation complète.

Observation XIV

(Charcot et Davaine, *Soc. de Biologie*, 1857).

Applications successives de caustiques. Mort.

Quatre applications successives de potasse.

Ouverture du kyste deux fois, injection iodée.

Autopsie : Kyste devenu absolument purulent.

Observation XV

(Thèse Magnant, 1877).

Procédé Récamier. Guérison.

Deux applications de potasse caustique, suivies chacune d'une incision au bistouri.

Pas d'injection. La durée de l'écoulement fut de trois semaines. — Guérison.

Observation XVI

(Communiquée par M. E. Daraignez, interne des hôpitaux).

Tech..., Armand, âgé de 20 ans, de Salles (Gironde), charbonnier, entré à l'hôpital Saint-André pour une énorme tumeur de la cavité abdominale, dont l'apparition remonte à un an environ.

Les père, mère et grands parents du malade sont bien portants; jamais il n'a observé dans sa famille d'affections ressemblant à celle dont il est atteint. — Son enfance a été maladive, croup à l'âge de 12 ans. Jamais de jaunisse. Alimentation ordinairemeet mauvaise et presque exclusivement végétale comme celle de tous les paysans des Landes.

Il y a un an, Tech... ressentit dans l'hypochondre droit une certaine gêne, qui devint bientôt une douleur véritable, sourde, sans irradiations, arrivant par accès plusieurs fois par jour. Pas encore de tumeur apparente. Selles régulières, appétit bon, pas d'ictère.

Au mois de mai, c'est-à-dire 4 mois avant l'entrée à l'hôpital, les douleurs deviennent beaucoup plus vives, en même temps qu'apparaissait dans l'hypochondre droit une tumeur du volume d'un œuf, très facilement perceptible au palper et faisant une légère saillie sous la peau, immédiatement au-dessous des fausses côtes. Cette tumeur grossit peu à peu, assez rapidement, sans déterminer aucune gêne, jusqu'à il y a deux mois, époque à laquelle apparurent des troubles respiratoires et surtout digestifs très accusés. Vers la fin du mois de juillet, la tumeur avait envahi tout l'abdomen et acquis le volume qu'elle a aujourd'hui.

Etat actuel : 20 septembre 1887. Facies tiré; amaigrissement considérable et progressif depuis le début de la maladie. — Le ventre est très volumineux, porté en avant, plutôt qu'affaissé sur les côtés, vers les flancs. Fluctuations dans toute l'étendue de la masse, surtout manifeste à la fosse iliaque droite à l'hypochondre du même côté. — Matité partout, sauf dans les parties déclives des deux régions lombaires. Les parties sonores et mates ne varient pas de disposition, lorsqu'on fait changer la position du malade. — Au niveau de la partie médiane de la tumeur, on constate un étranglement manifeste suivant une ligne horizontale; mais la fluctuation se trans-

met très bien de l'une à l'autre de ces parties. Le foie est remonté de deux travers de doigts; son examen méthodique ne révèle rien de particulier; son bord inférieur ne peut pas être délimité, la matité hépatique se continuant sans ligne de démarcation avec la matité de la tumeur. — Les selles sont décolorées, grisâtres. Léger degré d'ictère.

Une première ponction donne 15 litres d'un liquide vert, bilieux à odeur fortement safranée dans lequel l'analyse chimique décèle la présence de sels biliaires. — Le microscope est impuissant à y rencontrer les crochets caractéristiques du liquide des kystes hydatiques. — Le liquide se reproduit très rapidement, et le 1er septembre une nouvelle ponction fut pratiquée qui donna un résultat identique à celui de la précédente.

Le 1er septembre, le liquide s'étant reproduit en grande partie, on commence le traitement par la méthode de Récamier — M. le Professeur agrégé Piéchaud, suppléant M. le Docteur Dudon, fait une première application d'une pastille de potasse caustique sous la peau à la partie majeure de l'axe vertical de la tumeur, un peu au-dessous du milieu d'une ligne joignant à l'ombilic l'extrémité du cartilage de la dixième côte. — L'escharre qui se détache est de la largeur d'une pièce de cinq francs, parfaitement circulaire. On fait tous les deux jours quatre applications successives de rondelles de pâte de Canquoin, en ayant bien soin chaque fois de reconnaître très exactement, de disséquer, et d'enlever les parties sphacélées sous l'action du caustique.

On reconnaît ainsi très aisément à la direction de leur fibre et à leur profondeur, les diverses couches qui forment la paroi abdominale antéro-latérale : fibres du grand oblique, du petit oblique et du transverse.

Le 15 septembre, pendant la période d'application des caustiques, le malade déjà gêné depuis quelques jours, est pris d'une dyspnée intense, son ventre est très tendu, mais n'est spécialement douloureux en aucun point. Pas de traces de péritonite, c'est simplement de la dyspnée par refoulement du diaphragme; on pratique à 6 heures du soir une ponction capillaire; on ne retire que deux litres de liquide de façon à ne pas risquer de rompre les fausses membranes qui ont dû se former au niveau de l'escharre.

Le 20 septembre, le liquide s'est reproduit aussi abondant que jamais;

d'un autre côté le caustique a détruit toute l'épaisseur du muscle transverse de l'abdomen, et le fond de la plaie nettement circulaire du diamètre d'une pièce de un franc est formé par le fascia transversalis déjà entamé par le caustique. On fait une ponction au niveau de la partie centrale de l'escharre et on retire 15 litres du même liquide safrané, qui présente encore les mêmes caractères chimiques et microscopiques que le premier.

Le lendemain, 21 septembre, nouvelle ponction au moyen de l'aspirateur Dieulafoy dont on laisse la canule à demeure dans le kyste. Cette canule est reliée à un tube en caoutchouc qui, sortant du lit, plonge dans un vase rempli d'eau phéniquée. Dans la journée, il s'écoule du kyste sept ou huit litres de liquide par ce siphon; mais vers le soir, le malade se plaint d'une douleur assez forte au niveau de sa plaie, douleur due certainement à la pression de la canule sur les lèvres de cette plaie. On enlève la canule à six heures. Fièvre assez forte, langue saburrale, appétit mauvais.

Le 22, incision au bistouri, sur la sonde cannelée, du fond de l'escharre; introduction dans le kyste d'un tube en caoutchouc de près de un centimètre de diamètre et de 25 centimètres de long; on le sent à travers la paroi abdominale jusque vers la fosse iliaque gauche. On pratique deux lavages par jour à l'eau boriquée à 20 p. 1000. Les selles sont toujours décolorées. La température baisse pour tomber à la normale dès le lendemain. Le 22 et le 23, une assez grande quantité de liquide vert s'écoule par le drain pendant l'intervalle des lavages; ces derniers donnent le même liquide mélangé à celui de l'injection.

Le 24, les selles reprennent leur coloration normale; en même temps que le liquide qui s'écoule du kyste change de caractère et est formé de pus absolument pur. Pas de fièvre, l'appétit est excellent. Le ventre est aplati et souple en tous ses points.

Les 25, 26 et jours suivants, rien de particulier. Même état excellent, le malade commence à prendre de l'embonpoint. On sent le drain placé transversalement sous la paroi abdominale; on continue les lavages qui ramènent de moins en moins de pus.

Le 5 octobre, la cavité semble ne plus contenir qu'une demi-seringue de liquide, on raccourcit le drain.

Le 7 octobre, très peu de liquide pénètre; on enlève le drain que l'on

remplace par un autre de plus faible calibre. Ce nouveau tube plonge de 20 centimètres vers la colonne vertébrale, tandis que l'autre allait horizontalement sous la paroi. Le kyste ne contient que les 2/3 d'une seringue à hydrocèle et laisse écouler un demi-verre de pus.

En somme à ce moment, la cavité n'est guère plus que virtuelle, ses parois étant accolées l'une à l'autre, mais sans être encore soudées.

Le 7 et le 10 octobre se présentent à l'orifice des membranes assez étendues que l'on retire avec précaution; c'est manifestement la paroi d'un kyste qui s'élimine et la paroi d'un kyste hydatique, comme l'a montré plus tard l'examen histologique.

Dès le 11 octobre, le tube déterminant des douleurs assez vives et ne pouvant plus être enfoncé profondément est très raccourci; on n'en laisse que cinq centimètres uniquement pour maintenir l'ouverture de la paroi et on fait les lavages quotidiens avec une sonde uréthrale n° 17, que l'on enfonce aussi loin que possible; peu à peu la profondeur de la cavité diminue, ainsi que la quantité de pus qui s'écoule quotidiennement. L'état général du malade est excellent.

Bientôt (au commencement du mois de novembre) la cavité est réduite à zéro; on enlève tout drain et quelques jours plus tard, le 15 novembre, le malade quitte l'hôpital ne gardant plus qu'une plaie superficielle, bourgeonnant bien et qui, certainement, n'a pas du tarder à se cicatriser.

On ne trouve plus trace du kyste dans la paroi abdominale.

Observation XVII (résumée).

(de Sardac. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1887).

B... (Brunotte), âgée de 44 ans, métayère, entre le 20 septembre, salle 2, dans le service de M. le Dr Baudrimont.

Au mois de juillet dernier, la malade s'était aperçue d'une grosseur dans son hypochondre droit qui a grossi jusqu'au 20 septembre, jour de l'examen. Depuis l'apparition de la tumeur, B... souffre de l'épaule droite et a eu de l'urticaire à plusieurs reprises; elle n'a jamais eu de répugnance pour les aliments gras. Son état général n'est pas excellent : elle est maigre, très faible et éprouve une dyspnée assez considérable.

Appétit disparu, constipation.

Pleurésie avec épanchement du côté droit.

Dans l'hypochondre droit, voussure assez accentuée, faisant saillie sur les côtes, formée par une tumeur fluctuante à la palpation et mate à la percussion. La matité descend jusqu'à six centimètres au-dessous des fausses côtes.

Première ponction au Dieulafoy, le 23 septembre; on en retire 120 grammes d'un liquide clair et transparent comme de l'eau de roche, contenant de nombreux crochets. La tumeur reste indolente; mais bientôt elle reprend son volume, et la dyspnée oblige bientôt (15 jours après) à une nouvelle ponction.

Cette fois, on retire neuf seringuées d'un liquide encore clair et transparent à crochets. Le surlendemain de la ponction, la malade a un premier accès de fièvre dans l'après-midi, accès qui se renouvelle depuis toutes les après-midi. L'état général devient mauvais, l'appétit est nul, l'amaigrissement extrême, la dyspnée profonde. Muguet.

On se décide alors à ouvrir le kyste en employant le procédé de Récamier. Un premier cautère à la pâte de Vienne est appliqué le 27 octobre sur le point le plus rénitent de la tumeur qui est devenue très volumineuse. Une seconde application de caustique est faite le 30, et le lendemain on ouvre le kyste en plongeant verticalement un fort trocart dans la tumeur qui donnait alors un son tympanique à la percussion. Des gaz fétides sortent par la canule, et l'on recueille 1700 grammes d'un liquide purulent, jaunâtre. On introduit un long tube par la canule que l'on retire et on fait un lavage phéniqué; le fonctionnement du tube est parfait.

Le soir, nouveaux lavages; le malade respire mieux.

Le lendemain on veut introduire deux tubes nouveaux dans le kyste; mais ils ne s'enfoncent plus; ils se recourbent dans la plaie; on n'en laisse qu'un seul. L'eau phéniquée injectée ne semble pas pénétrer dans une cavité; elle sort immédiatement en bavant entre le tube et les lèvres de la plaie. Il en est de même pour les lavages du soir; par le tube, dans l'intervalle il s'écoule un liquide opalin.

Le lendemain jeudi, on remplace le tube par un gros drain. L'eau sort en bavant aussi claire qu'avant l'injection. Depuis, l'oppression, la dyspnée

ne font qu'augmenter, ainsi que la fièvre. La malade meurt le samedi à onze heures.

A l'autopsie on trouve de la péritonite généralisée. Le drain est enfoncé dans une poche située entre la face convexe du foie et la paroi antérieure de l'abdomen, ne contenant pas de liquide et formé certainement aux dépens de la cavité péritonéale. *Les deux feuillets péritonéaux n'hadéraient que faiblement tout autour de la zone inflammatoire provoquée par le caustique.*

Le lobe gauche du foie est plus volumineux qu'à l'état normal; le lobe droit a complètement disparu; il est remplacé par un kyste volumineux, dont la paroi est tapissée par une membrane gélatineuse, contenant trois gros noyaux d'hydatide, chacun du volume d'une noix. Ce kyste communique avec l'extérieur à travers l'ouverture du caustique, ouverture à laquelle vient aboutir aussi la cavité dans laquelle se trouve logé le drain.

Il nous est facile d'après cette observation de voir ce qui a dû se passer. Le premier tube avait bien été placé dans le kyste : mais les autres au lieu d'entrer dans la cavité de ce kyste; sont passés à côté, ont décollé les deux feuillets encore peu adhérents du péritoine et y ont déterminé la formation de la poche constatée à l'autopsie.

Observation XVIII (résumée).

(M. Oré. — Th. Fossard, Bordeaux, 1887).

M. P..., de Dax, souffrait depuis plus de 18 mois d'une douleur siégeant à l'hypochondre droit et qui s'était développée peu à peu. Diagnostic : kyste hydatique du foie. Traitement par la méthode de Récamier : Trois applications successives, à trois jours de distance, de potasse caustique sur le point le plus saillant de la tumeur.

Le *dixième jour* ponction de la tumeur au bistouri. On ne laisse couler que 120 grammes de sang ; pansement antiseptique, bandage compressif.

Le lendemain, introduction d'une grosse sonde en caoutchouc; évacuation de tout le liquide. Injection alcoolique.

Le quinzième jour, les membranes commencent à sortir.

Six semaines après, les membranes étaient complètement évacuées, et le malade en voie de guérison, qui, d'ailleurs, ne s'est pas démentie pendant dix ans.

Observation XIX (résumée).

(M. Oré. — Th. Fossard).

Mlle P.., de Bordeaux, 19 ans.

Se plaint depuis l'âge de 16 ans de douleurs dans l'hypochondre droit Traitement médical.

En 1886, M. Oré constate la présence dans la région hépatique d'une tumeur dure, résistante, qui dépasse le bord costal de deux travers de doigt bien nettement séparée de l'utérus.

Jamais aucun chien n'est venu dans la maison.

Les 9, 11 et 13 mars, application de pâte de Vienne, à trois travers de doigt de la ligne médiane, et à trois centimètres du rebord costal.

Injections de morphine pour calmer la douleur.

Le 19 mars, dix jours après la première application, ponction au bistouri. On ne laisse écouler qu'un demi-litre de liquide qui est clair comme de l'eau de fontaine, Le lendemain, on introduit une sonde de gros calibre et on vide la poche kystique. Injections alcooliques d'eau tiède.

Tous les soirs, fièvre qui atteint 41°5 ; deux injections par jour. Vomissements, mais jamais de douleur ou de ballonnement du ventre. La fièvre a duré 20 jours environ.

Les membranes commencent à sortir le vingt-cinquième jour ; au bout de deux mois seulement leur expulsion était complète, et la guérison parfaite au bout de quatre mois.

En mars 1885 la malade se portait très bien.

Observation XX (résumée).

(Baraihe, cité par Launay).

Tumeur pouvant contenir environ deux litres de liquide, ayant presque complètement disparu après deux ponctions capillaires, mais reparaissant deux ans plus tard. Nouvelles ponctions capillaires sans résultat.

Opération par la méthode de Récamier :

Applications de potasse caustique tous les jours pendant six jours ; au bout de ce temps, ponction avec *un gros trocart* et grosse sonde laissée à demeure.

Evacuation d'hydatides et de trois litres de pus.

Injections iodées tous les jours.

Guérison graduelle, complète au bout de six semaines.

CHAPITRE IV

MANUEL OPÉRATOIRE

Si nous avons rassemblé quelques observations, ce n'est pas pour établir une sorte de statistique ; nous nous sommes assez longuement étendu sur ce point : c'est plutôt pour avoir un faisceau de faits qui nous permettent de baser les règles de l'intervention d'après la pratique de quelques chirurgiens. Chemin faisant, nous utiliserons quelques remarques ou quelques détails que nous avons pu retirer de la lecture des faits que nous avons rapporté dans notre travail.

L'opération de Récamier peut-être divisée en trois temps :

1er Application des caustiques.
2e Ponction de l'escharre.
3e Évacuation du kyste et lavages.

1er temps. — Avant d'appliquer les caustiques, le chirurgien devra sur le point le plus saillant de la tumeur faire une ponction capillaire avec aspiration ; cette manœuvre pourra être répétée plusieurs fois ; à elle seule, en effet, elle peut amener la guérison.

Il y a un point essentiel, à notre avis, peu connu, c'est le choix du point où l'on doit appliquer le caustique. Nous l'avons déjà fait remarquer, lorsque l'abdomen est très-distendu, la peau qui le recouvre n'affecte plus ses rapports normaux avec les organes sous-jacents. Elle a glissé pour ainsi dire de haut en bas, abandonnant en partie la cage thoracique, si bien que, lorsque le kyste aura été vidé, elle remonte vers les côtes. De telle sorte qu'une ouverture faite au niveau du rebord costal inférieur se trouve, le kyste vidé,

au niveau de la 8me ou 9me côte. D'où l'indication importante d'appliquer le caustique à une certaine distance de ce rebord costal, distance qui sera variable suivant l'état de distension de l'abdomen, pour l'appréciation de laquelle il est impossible de donner des règles précises. Au chirurgien à juger et à se décider suivant les cas.

Quel caustique devra-t-on employer? C'est encore là une question importante. Tous les caustiques ont été employés. Il semble cependant que leur choix ne soit pas indifférent. En effet, si les premières couches, peau, tissu cellulaire, grand oblique même peuvent être traversés rapidement sans danger, la ligne de conduite du chirurgien doit changer lorsqu'il arrive aux couches profondes. Ici, en effet, il faut aller lentement et sûrement : lentement, pour irriter progressivement le péritoine, donner aux néo-membranes le temps de se former et d'acquérir une résistance suffisante; il faut aller sûrement, et le meilleur moyen pour atteindre ce but sera de reconnaître exactement toutes les couches que l'on traverse successivement; pour y arriver, il est de toute nécessité d'employer une substance caustique qui détruise les tissus sans les déformer, sans les rendre méconnaissables. Par conséquent, il faut rechercher un caustique dont l'action soit lente, assez énergique cependant et qui laisse aux tissus assez de caractère pour que, mortifiés, ils puissent être distingués les uns des autres.

Or, tandis que la potasse caustique ou la pâte de Vienne conviennent très-bien à la première période de la cautérisation, la pâte Canquoin semble remplir toutes les conditions désirables pour atteindre le but que nous nous proposons : lenteur d'action, peu de déformations des tissus atteints, grande facilité d'application au fond d'un puits creusé dans la paroi abdominale, enfin possibilité pour le chirurgien de limiter à son gré et d'une façon presque mathématique la profondeur d'action du caustique; tels sont en effet les avantages requis pour le choix du caustique, dans le temps

qui nous occupe, et tels sont aussi ceux que l'on trouve dans l'emploi de la pâte de Canquoin.

Par conséquent, on devra d'abord faire une application de potasse caustique de la largeur d'une pièce de un franc si le ventre est très-distendu ; car, dans ce cas, l'escharre détachée, les lèvres de la plaie tiraillées ne tarderont pas à s'écarter. Ensuite on fera tous les deux ou trois jours des applications successives de pâte de Canquoin, jusqu'à ce que, après avoir successivement reconnu les diverses couches de la paroi, le chirurgien soit arrivé au fascia transversalis.

Pour éviter trop de lenteurs, on pourra sans inconvénient détacher les escharres, au moyen de ciseaux et de pinces à disséquer, en ayant toujours soin, bien entendu, de rester dans l'épaisseur des tissus mortifiés. Plus on avancera vers la profondeur, plus on devra être avare d'une pareille manœuvre.

Les observations démontrent que la durée d'application devra être de dix à quinze jours, plutôt de quinze jours que de moins de dix.

Dans l'observation XVII, en effet, on a trouvé des adhérences, mais lâches, incapables de fermer complètement le péritoine ; l'accident fâcheux rapporté dans cette observation prouve bien que cinq jours sont insuffisants pour la formation de bonnes adhérences.

Jusqu'ici on n'a pas eu à craindre d'accident ; il est bien entendu que l'on a évité avec le plus grand soin d'appliquer le caustique au niveau des vaisseaux de la paroi. Mais la difficulté commence lorsqu'on arrive près du péritoine. Après avoir atteint le fascia superficialis, on fera une dernière application d'une légère rondelle de pâte de Canquoin, et deux jours après on sera autorisé à croire que le moment est venu d'ouvrir le kyste, qui n'est plus séparé de l'extérieur que par une escharre.

2e Temps : Ponction de l'escharre et ouverture du kyste.

Il nous paraît bon et prudent de suivre à ce moment la pratique recommandée depuis longtemps et suivie par M. Piéchand dans l'observation XVI. En effet, si le kyste se vide tout d'un coup, les parois se rétracteront et abandonneront rapidement leurs rapports avec la paroi, peut-être au détriment des néo-membranes encore fragiles. Pour éviter cet inconvénient qui pourrait être l'origine de graves dangers, on devra ponctionner l'escharre avec un trocart de faible calibre ; on évacuera une faible partie du liquide et on bouchera la canule, laissant les choses en place pendant douze ou vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, on ouvrira de nouveau la canule et on laissera couler librement le liquide kystique. Dans ces conditions, le retrait brusque de la poche ne sera pas à craindre, et on évitera ainsi des dangers réels de péritonite. C'est là le procédé employé par par MM. Oré et Piéchaud. (Voir aux observations).

Avant que le liquide soit complètement évacué, on devra enlever la canule et la remplacer par un gros trocart. Cet instrument, en effet, nous paraît avoir sur le bistouri l'avantage énorme dans le cas particulier d'écarter plutôt que de couper les tissus. Je crois inutile de faire ressortir l'importance d'une pareille considération.

La voie ainsi frayée, on remplacera la canule par une grosse sonde, de calibre un peu inférieur que l'on poussera jusqu'au fond du kyste. On la laissera à demeure, et, par elle, s'exécutera le troisième temps de l'opération.

Il faudra avoir bien soin dans cette dernière manœuvre d'introduire la sonde dans la cavité kystique et non dans le péritoine voisin. Avec un peu d'attention, et surtout avec des adhérences solides obtenues par le procédé que nous avons indiqué, il nous semble qu'on devra éviter cette erreur fâcheuse. D'ailleurs, cet accident a été bien rarement noté ; nous en rapportons un cas, dans lequel il est vrai, les adhérences n'étaient pas assez solides.

Cependant, si un pareil accident se reproduisait, la conduite vraiment chirurgicale à tenir serait la suivante : faire une laparatomie et traiter le kyste par la méthode de l'incision, après avoir fait le lavage du péritoine, si quelques produits du kyste étaient tombés dans la cavité. On reconnaîtra que l'on est dans le péritoine : 1° au moment de l'opération : à ce que l'eau injectée sort en bavant et claire, ou bien à ce qu'elle ne ressort pas du tout, même si l'on injecte de grande quantités et à la douleur très vive éprouvée par le malade.

2° Après la ponction, aux phénomènes de péritonite qui se déclarent bientôt, l'éveil ayant déjà été donné par une des particularités que je viens de signaler.

3me temps. — Evacuation des kystes et lavages : l'évacuation du kyste se fera seule et peu à peu ; au liquide hydatique succèdera au bout de cinq à six jours une plus ou moins grande quantité de pus. Vers le huitième ou dixième jour, on verra apparaître à l'ouverture la paroi hyaline détachée et entraînée par les lavages ; on pourra aider à la sortie en la tirant prudemment avec des pinces.

Les lavages doivent être faits en moyenne deux fois par jour ; on se servira pour les pratiquer de la seringue à hydrocèle, ou simplement, ce qui serait peut-être préférable, d'un réservoir placé à 50 centimètres au-dessus du lit et mis en communication avec la poche kystique. On devra à chaque séance faire passer du liquide jusqu'à ce qu'il ressorte clair.

Le choix du liquide à injecter ne nous arrêtera pas longtemps ; toutes les solutions antiseptiques nous paraissent pouvoir être employées : solution de sublimé à 1 pour 2000, d'acide phénique à 10 pour 1000, d'acide borique à 20 pour 1000, etc. Nous alternerions volontiers l'emploi de ces diverses solutions, de façon à éviter sûrement des accidents d'intoxication qui pourraient peut-être se produire chez des malades prédisposés. Il est bien évident que, dès que l'on observerait le moindre signe d'empoi-

sonnement, on devrait totalement supprimer le liquide suspect.

Dans l'intervalle, on devra appliquer un large pansement de Lister.

Si la température s'élevait à 39-40°, il serait indiqué de multiplier le nombre des lavages, d'en faire 4 ou 5 par jour. Enfin si cela ne suffisait pas pour faire tomber la fièvre, on pourrait, après avoir introduit un double tube dans le kyste, établir un courant continu jusqu'à ce que la température soit redevenue normale.

Sous l'influence de ce traitement, la cavité diminuera peu à peu ; on le reconnaîtra à ce que les drains s'enfoncent de moins en moins dans l'abdomen. On ne devra les raccourcir que très lentement, en se rappelant que la durée du traitement est toujours fort longue et varie de deux à quatre mois. Les autres procédés sont d'ailleurs aussi lents, sauf, bien entendu, ce qui se présente fort rarement, lorsque le chirurgien peut enlever complètement un kyste parfaitement pédiculé.

Pendant toute la durée du traitement, on fera prendre au malade des toniques de tout genre ; on lui donnera une nourriture abondante, de façon à permettre à son organisme de faire les frais d'une suppuration longue, mais peu abondante.

CONCLUSIONS

1° Tout kyste hydatique du foie un peu volumineux devra être traité chirurgicalement;

2° La ponction, suivie d'aspiration, sera d'abord essayée;

3° En cas d'insuccès, la méthode Récamier sera employée dans les kystes superficiels qui feront saillie sous la paroi abdominale ou sous la partie de la paroi thoracique antérieure, que nous avons dénommée zône de Gros;

4° Certains kystes suppurés, les kystes centraux et les kystes postérieurs, seront traités par d'autres procédés.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, bon a imprimer :
Bordeaux, le 12 juillet 1888.
Le Président de la thèse,
Dr ORÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 13 juillet 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

12,691. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., 17, rue Montméjan.